

75

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

CENTRO BIOMÉDICO

RUBÉOLA E GRAVIDEZ

ADILSON MONTRONI
NESTOR JOÃO CHIODELLI

Curso de Medicina

Tocoginecologia

Florianópolis, 12 de setembro de 1977

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	02
II - MATERIAL E MÉTODOS	02
III - DEFINIÇÃO	02
IV - HISTÓRICO	03
V - ETIOLOGIA	03
VI - EPIDEMIOLOGIA	04
VII - VIAS DE TRANSMISSÃO	05
VIII - PATOLOGIA	05
IX - QUADRO CLÍNICO	06
- 1. Rubéola Pós-natal Adquirida	06
- 2. Síndrome da Rubéola Congênita	07
X - ASPECTOS OBSTÉTRICOS	08
XI - MECANISMO DE TERATOGENESE	09
XII - DIAGNÓSTICO	11
- 1. Clínico	11
- 2. Laboratorial	11
- 3. Radiológico	13
XIII - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	13
XIV - TRATAMENTO	13
XV - PROGNÓSTICO	14
XVI - PROFILAXIA	14
XVII - CONDUTA	15
XVIII - CONCLUSÕES	16
- BIBLIOGRAFIA	17

I - INTRODUÇÃO

Apesar de a rubéola ser, praticamente, uma doença de extrema benignidade, sendo quase que nula a letalidade, se reveste de caráter preocupante quando acomete a gestante no primeiro trimestre da gravidez, podendo acarretar mal-formações congênitas no concepto numa/proporção bastante elevada.

O objetivo do nosso trabalho, é alertar principalmente os obstetras para as intercorrências da rubéola durante o período gestacional, através de revisão bibliográfica, enfocando os seus principais aspectos.

II - MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados nesta revisão, material compilado de várias publicações incluindo livros textos especializados, Tratado de Medicina Interna e artigo publicado em revista pediátrica.

As observações dos diferentes autores foram criteriosamente selecionadas e aglutinadas em um unico texto com a finalidade de cumprir o objetivo proposto.

III - DEFINIÇÃO

A rubéola constitui uma doença aguda, benigna, contagiosa, de/

crianças e adultos jovens. As manifestações principais da doença / são um exantema róseo- palido e linfadenite cervical posterior. Paradoxalmente, esta doença branda é uma das poucas infecções virais/ que, de forma convincente, esta associada com a gênese de anormalidades fetais. Quando a infecção é adquirida intra-utero, ela frequentemente resulta em doença generalizada do recém-nascido e excreção prolongada do vírus após o nascimento. Em virtude disto, o reconhecimento e a profilaxia da doença constituem assunto de grande interesse clínico.(2)

IV - HISTÓRICO

A rubéola foi reconhecida como entidade clínica, pela primeira / vez, em 1815, quando Maton apresentou ao Colégio Real de Médicos a descrição de um "exantema confundível com a escarlatina" (Maton, 1815).

Durante os cem anos seguintes foram apresentados somente descrições clínicas dessa entidade. Contudo, nos últimos 25 anos, três grandes progressos ocorrem:

1- Foi reconhecido que a ocorrência de rubéola no período precoce de gestação, quando se processa a embriogênese, pode produzir / mal-formações congênitas. Isto foi observado em 1941, pelo oftalmologista Australiano Gregg que estudando crianças com catarata congênita observou que em elevada porcentagem (80%) se obtinha história da ocorrência de rubéola no primeiro trimestre da gravidez da genitora.

2 - Surgiram métodos de laboratório para o isolamento do vírus e titulação de anticorpos (1962).

3 - Descobriu-se que a rubéola ~~materna~~ materna pode transmitir-se ao feto. (1965). (7)

V - ETIOLOGIA

A rubéola é doença produzida por um vírus, até recentemente classificado como paramixovírus ou arbovírus, mas agora incluído no grupo dos togavírus.

Trata-se de um vírus pequeno, esférico, com dimensões entre 100 e 200 milimicra de diâmetro, contendo ARN circundado por envoltório que contém lipídios e proteínas, derivado de membranas celulares alterados do hospedeiro. (1)

Três antígenos fixadores do complemento foram descritos: o antígeno associado a células, o antígeno fluido concentrado de células infectadas e demonstrando o máximo de efeito citopatogênico, e mais recentemente um antígeno hemaglutinante. (7)

O vírus é termolábil, com meia vida de uma hora a 37°C, mas pode ser armazenado por muitos meses a - 70°C. (1)

VI - EPIDEMIOLOGIA

A rubéola é doença endêmica em quase todo o mundo, mas epidemias ocorrem em intervalos irregulares, geralmente de 6 a 9 anos. (1) Não se dispõem de informações precisas sobre a incidência da rubéola. A pouca monta e a brevidade dos seus sinais clínicos podem confundir o diagnóstico e o registro de muitos casos de infecção. Estudos da doença, em sua forma experimental, dão apoio as evidências clínicas anteriores de que a infecção pode ocorrer sem exantema o que indica uma dificuldade diagnóstica adicional. (2)

A incidência maior se situa na faixa etária entre 5 a 9 anos, existindo porém um número não desprezível de adolescentes e adultos ainda susceptíveis a doença. Assim, em São Paulo, cerca de 20% das mulheres em idade gestacional não tem imunidade contra o vírus da rubéola. (1)

A incidência maior de casos de rubéola ocorre na primavera e no final do inverno, sendo relativamente raro os casos da doença no verão, fato que tem considerável importância, já que infecções por enterovírus, que podem originar quadros clínicos muito semelhantes ao da rubéola, ocorrem predominantemente nos meses de verão. (1)

Em um estudo de seis mil gestantes nos USA, antes e durante a epidemia de 1963 e 1964, 10% delas foram expostas durante o primeiro trimestre e 26% durante o segundo e terceiro trimestres. As manifestações clínicas da rubéola surgiram em 2% das mulheres, das quais / 30% se haviam infectado no primeiro trimestre de gravidez. Das mulheres que apresentaram manifestações clínicas da infecção no primeiro trimestre, 10% tiveram criança com Síndrome da Rubéola Congênita, a qual foi reconhecida no primeiro após o nascimento. (7)

VII - VIAS DE TRANSMISSÃO

É provável que a rubéola se dissemine pelas vias respiratórias / através de contato pessoal íntimo e prolongado. (2)

A infecção é transmitida de pessoa a pessoa por gotículas contaminadas. O paciente é contagioso desde uma semana antes de aparecimento de exantema até cerca de cinco dias após o início da erupção cutânea. Embora já se tenha isolado vírus do orofaringe de doentes até vinte e um dias após o exantema, a quantidade de vírus aí presente cai muito após o aparecimento da erupção, acreditando-se que após o quinto dia os vírus estão presentes no orofaringe em títulos insuficientes para manter a cadeia de transmissão. (1)

Apenas recentemente reconheceu-se que o neo-nato portador de infecção congênitamente adquirida pode excretar o vírus por meses após o nascimento, sendo contagiante durante este período, sem no entanto apresentar qualquer estigma óbvio da infecção, (2)

VIII - PATOLOGIA

A morte por rubéola não complicada adquirida depois de parto é / desconhecida. (2)

O vírus penetra no organismo pela via respiratória e é levado / provavelmente por via linfática ou por uma viremia transitória a/

gânglios linfáticos regionais, onde começa a se reproduzir, o que / explica o aumento de volume de gânglios cervicais posteriores e occipitais, frequentemente a primeira manifestação da doença podendo / aparecer até sete dias antes da erupção cutânea.

Sete a nove dias após o contágio existe nova viremia, agora de maior intensidade, que é responsável pela chegada do vírus à mucosa respiratória onde se reproduz ativamente, e a outras locais do organismo.

Segundo os autores pesquisados o exantema não é devido a uma / agressão direta do vírus, mas a um efeito inflamatório de complexos vírus-anticorpos sobre o endotélio vascular da pele.

Não ha nada característico nas alterações histopatológicas induzidas pelo vírus da rubéola, descrevendo-se apenas infiltrados inflamatórios linfocíticos, não específicos, na pele e gânglios linfáticos atingidos. (1)

IX - QUADRO CLÍNICO

1 - RUBÉOLA PÓS-NATAL ADQUIRIDA - O período de incubação varia / de 14 a 21 dias, sendo em média de 16 a 17 dias. Não existem habitualmente pródromos da doença em crianças, mas em adolescentes e adultos o exantema pode ser precedido por um ou dois dias de tosse, faringite, febre baixa, dor de garganta, mal estar e discreta coriza.

Comumente, a febre e a adenopatia cervical posterior precedem o aparecimento do exantema.

A febre, quando presente, raramente excede 38,5°C e raramente / persiste além de 48 horas.

Linfadenopatia palpável, dolorosa e ocasionalmente visível são encontradas em quase todos os casos constituindo um sinal diagnóstico importante. Existe uma adenopatia generalizada, que podem preceder de até sete dias o aparecimento de exantema, onde predominam os gânglios occipitais, retro-auriculares e cervicais, sendo o tamanho máximo dos gânglios atingido por volta do primeiro dia de exantema.

A adenomegalia pode persistir por duas ou três semanas ou as /

vêzes até mais.

O exantema começa na face sob a forma de mácula-pápula róseas , que se espalham rapidamente atingindo o pescoço, tronco, membros superiores e inferiores em menos de 24 horas. As lesões da face começam a desaparecer no segundo dia, quando as mácula-pápulas no tronco podem coalescer, adquirindo um aspecto que lembra uma escarlatina moderada. Cita-se entretanto, que, mesmo quando isto sucede, as lesões das extremidades não coalescem, o que facilita um eventual / diagnóstico diferencial entre as duas condições.

A duração do exantema, assim como a sua intensidade, são variáveis, e na maioria dos casos permanece em menos de um dia ou estender-se até cinco dias.

O exantema não é pruriginoso, empalidescem sobre pressão e não é seguido de descamação, a não ser em casos onde ele é muito intenso/ quando pode aparecer discreta descamação furfurácea. No palato mole podem aparecer petéquias, precedendo ou concomitantes com a erupção constituindo o sinal de Forchheimer que, entretanto não é patognômico de rubéola, já que pode ocorrer em outras entidades clínicas.

Discreta esplenomegalia pode ser notada em metade dos pacientes.

É importante salientar que um grande número de casos a infecção é totalmente inaparente por serem sub-clínicas. (1)

2 - SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA - A maioria das mal-formações/ congênitas da rubéola ocorrem durante as primeiras oito semanas de gravidez.

Desde o começo ficou perfeitamente definida a Síndrome da Rubéola Congênita nome com o qual se agrupa um conjunto de mal-formações fetais resultantes da rubéola materna e que consta de:

1 - Defeitos oculares; catarata congênita, glaucoma e alterações da pigmentação da retina (pseudorritinite pigmentosa central) e microftalmia;

2 - Defeitos auditivos: surdez de percepção uni ou bilateral, surdimudez;

3 - Defeitos cardiovasculares: persistência do canal arterial, / comunicação inter-ventricular, tetralogia de Fallot e estenose pulmonar;

4 - Defeitos nervosos e mentais: retardo mental, microcefalia e meningoencefalite.

2. Posteriormente foram descobertas novas manifestações fatais da rubéola materna que agrupadas com as anteriormente descritas recebem o nome de Nova Síndrome da Rubéola, ou Síndrome da Rubéola Aumentada ou expandida e que consiste em:

- 1 - Peso ao nascimento menor ou igual a 2.500gr., em 60% dos casos
- 2 - Purpura, em 80% dos casos;
- 3 - Trombocitopenia, em 80% dos casos;
- 4 - Hepatomegalia, em 70% dos casos;
- 5 - Esplenomegalia, em 60% dos casos;
- 6 - Defeitos cardíacos, em 70% dos casos;
- 7 - Defeitos oculares, em 50% dos casos;
- 8 - Fontanela anterior anormalmente aberta, em 50% dos casos;
- 9 - Alterações radiológicas dos ossos longos, em 50% dos casos.

Outras alterações descritas em menor proporção incluem: hepatite de células gigantes, linfadenopatias, erupção rubéoliforme, pneumonite intersticial e miocardite. (6)

As crianças com infecção congênita, também podem manifestar doença aguda, inclusive com trombocitopenia, hepatoesplenomegalia, pneumonia, desmineralização dos ossos longos etc. (7)

X - ASPECTOS OBSTÉTRICOS

Os primeiros estudos retrospectivos mostrando que a rubéola materna, no primeiro trimestre da gravidez, representa risco de 80 a 90% de ocorrência de anomalias fetais, impressionou todos os obstetras fazendo com que o abortamento terapêutico fôsse mais frequentemente indicado. (6)

Siegel e Greenberg, estudaram 294 mulheres grávidas que tiveram rubéola e que não se submeteram ao abortamento terapêutico. A morte fetal ocorreu em 14,3%. Metade destas ocorreram durante as primeiras oito semanas, e 20% durante o terceiro mês de gestação.

A prematuridade determinada pelo peso ao nascer foi observada em

25% das crianças recém-nascidas expostas a rubéola nas primeiras semanas de vida fetal. A exposição no segundo mês de gravidez, foi associada com uma ocorrência na prematuridade de 11% no terceiro mês e aborto de 10% no segundo e terceiro trimestre.

Ingalls, estudou mais de mil gestações complicadas por rubéola. O total de natimortos e a taxa de deformidade foi de 30,7% se a rubéola ocorreu durante o primeiro trimestre; 6,8% durante o segundo e 5,3% durante o terceiro trimestre. Ele também notou que entre um terço e a metade das mães que perderam seus filhos ou que deram a luz crianças com lesões significativas teriam rubéola durante os dois primeiros meses de gravidez. (3)

O verdadeiro risco fetal da rubéola materna foi melhor avaliado no trabalho de Sallomj (1966). Como é sabido, a rubéola é tanto mais grave quanto mais precoce a idade gestacional. Ao resolver a conduta, discutindo com a família as probabilidades de dano fetal, não é possível considerar equivalentes o risco da primeira semana e o da 12ª. Analisou assim este autor o perigo de dano fetal em separado, segundo a semana em que incidiu a virose partindo do conhecimento de que o feto se forma entre uma e nove semanas e que após treze seu desenvolvimento está completo e o risco da rubéola materna passa a ser muito pequeno.

Os olhos se desenvolvem entre 4 e 10 semanas, o coração com 4 e 5 semanas e os ouvidos entre 2 e 9 semanas.

Por isso já dizia este autor que o verdadeiro risco fetal segundo a incidência da rubéola em cada semana de gravidez, deve ser analisado para cada caso em particular. Assim na primeira semana de gestação ocorrem anomalias graves em 75 a 80% dos casos; entre 1 e 4 semanas, este risco é de 61%, caindo para 27% entre 5 e 8 semanas, e 8% entre 9 e 12 semanas. (6)

XI - MECANISMO DA TERATOGENESE

Os modernos estudos virológicos demonstram também que a infecção

inaparente, pelo vírus da rubéola provoca lesão no concepto. No que toca à patogênia da rubéola congênita, a propagação viral, da mãe ao feto deve ser considerada em três estágios:

1 - Infecção materna: o vírus pode ser isolado do nasofaringe e do sangue até uma semana antes do início do exantema. A viremia ocorre também nas infecções clinicamente inaparentes;

2 - Infecção Placentária: o vírus circulante no organismo materno se fixa a placenta e passa ao feto. Existem evidências histológicas e virológicas da infecção placentária;

3- Infecção Fetal: partindo da placenta o vírus passa ao sangue e tecidos do feto. Durante toda a vida fetal o vírus permanece como infecção crônica, podendo ser isolado de vários órgãos do concepto e do recém-nascido. (6)

O vírus da rubéola pode persistir nos tecidos do hospedeiro até haver fertilização e possivelmente prejudicar o desenvolvimento do embrião, ou o ovo pode ser prejudicado durante a maturação. (3)

Um fator controlador da disseminação da infecção parece ser o período gestacional. Num dos estudos, a forma disseminada foi vista // somente em gestações nas quais a rubéola ocorreu muito precocemente no primeiro trimestre. O segundo demonstrou que outras variantes de vem interferir, uma vez que a forma disseminada foi encontrada em associação com a rubéola materna até o quarto mês de gestação. Uma vez que a forma disseminada da infecção é encontrada em recém-nascidos com Síndrome da Rubéola Congênita, parece provável que somente/ a forma disseminada é responsável pela indução de mal-formações. (7)

O vírus provoca no feto dois efeitos distintos:

1 - Retardo do crescimento intra e extra-uterino às custas da multiplicação ativa do vírus, que inibe a multiplicação celular. Isso/ leva à parada do desenvolvimento orgânico e explica lesões como a microoftalmia, persistência do canal arterial e defeitos septais. O número sub-normal de células explica o retardo do desenvolvimento / físico e mental observado a longo prazo;

2 - Degeneração secundária de órgãos já desenvolvidos como ocorre nas lesões hepáticas, esplenicas e miocárdicas. (6)

XII - DIAGNÓSTICO

1 - CLÍNICO - A rubéola pode ser diagnosticada clinicamente com/segurança apenas durante uma epidemia. (2) Fora disso a relativa especificidade do quadro clínico da rubéola e a existência de casos /assintomáticos da doença valorizam sobre maneira o seguro diagnóstico laboratorial para uma perfeita avaliação dos eventuais riscos de acontecimento fetal. (1)

2 - LABORATORIAL - O diagnóstico é confirmado pelo isolamento do vírus ou pela subida do título de anticorpos anti-rubéola no soro . Em nosso meio, apenas a sorologia tem aplicação prática.

A resposta imunológica do organismo à infecção com o vírus da rubéola manifesta-se pela produção de diferentes tipos de anticorpos, dos quais os mais importantes são os inibidores da hemaglutinação / (IH), os fixadores de complemento (FC), os neutralizantes (Nt) e os imunofluorescentes (AF). Atualmente, o método sorológico mais empregado na prática é a dosagem dos anticorpos (IH) pela técnica da hemaglutinação por ser de execução mais rápida e simples.

Os anticorpos (IH) e (Nt) são detectáveis no soro 24 a 48 horas / após o início da erupção cutânea e atingem o seu nível máximo em 6 a 14 dias. Os anticorpos (FC) aparecem alguns dias após o exantema / e alcançam seu pico máximo em 4 a 8 semanas. Os anticorpos fluorescentes tem comportamento semelhante aos (IH). Os anticorpos (IH), / (Nt) e (AF) persistem, geralmente, por toda vida, mas os (FC) podem desaparecer da circulação depois de alguns anos. (1)

Em quatro situações clínicas pode se utilizar a prova da hemaglutinação:

a - Confirmação de um quadro clínico de rubéola.- Duas amostras / de sangue devem ser colhidas e examinadas, a primeira a mais precocemente possível ou seja no início de exantema e a segunda cerca de duas a três semanas mais tarde. Um aumento de título de pelo menos quatro vezes é significativo de rubéola. Uma única prova feita mais de uma semana após a infecção é de difícil interpretação.

b - Exame pré-nupcial - A prova indica quais as jovens ainda susceptíveis à doença e que devem receber vacina. Três semanas após a imunização deve-se repetir a prova para confirmar a imunidade obtida. Considera-se que só títulos superiores a 1/40 ou 1/64 garantem proteção.

c - Contato de gestante com doente de rubéola - Tão cedo se constata que uma gestante entrou em contato com um caso de rubéola suspeito ou declarado, deve-se colher uma amostra de sêro desta gestante para pesquisa de anticorpos. Portanto, quando o contato é recente (até 13 dias), a presença de anticorpos indicará infecção antiga que deverá oferecer proteção suficiente ao embrião; está indicada / uma prova subsequente, cerca de três semanas após a primeira, confirmando o nível anterior de anticorpos. Cabe levar em consideração entretanto que se a imunidade anterior for insuficiente, o contágio poderá atuar como reforço, elevando o título encontrado na primeira prova, o que obriga a uma terceira prova duas semanas mais tarde e se o título continuar a subir, trata-se provavelmente de infecção atual.

A ausência de anticorpos (IH) na primeira prova indicará que a / mãe é susceptível à rubéola e que o embrião não está protegido; há indicação para uma segunda prova cerca de três semanas após a primeira, ocasião em que o aparecimento de anticorpos comprovará a ocorrência de infecção.

Datando o contato de 14 dias ou mais, torna-se indispensável a execução de duas provas sorológicas com intervalo de duas semanas a persistência do mesmo título fala favor de infecção antiga, ao passo que um aumento de título, de pelo menos quatro vezes, é significante de infecção recente.

A presença de anticorpos da classe IgM no sêro materno indica infecção recente.

d - Suspeita de rubéola congênita - Em lactentes jovens a presença de anticorpos só sugere infecção congênita se alcançarem títulos consideravelmente superiores aos maternos, que devem ser determinados concomitantemente. Um segundo exame deve ser efetuado após intervalo de trinta dias. A permanência na criança de títulos consideravelmente superiores ao da mãe indica síntese de anticorpos e,

portanto, de infecção na criança. Assim como a presença de anticorpos IgM indica que a criança está infectada.

Em crianças com mais de seis meses de idade, a presença de anticorpos em qualquer título sugere infecção congênita. (4)

No hemograma habitualmente existe leucopenia, embora as vezes seja normal. Pode haver plasmocitose de até 15 a 20%, mas também não é constante. Ocasionalmente encontram-se linfócitos atípicos.

3 - RADIOLÓGICO - As lesões osseas são consideradas patognomônicas de rubéola congênita e ocorrem no crânio, ossos longos das extremidades superiores e inferiores. As alterações consistem em zona de calcificação provisória pouco definida, alargamento das trabéculas/metáfisárias, com áreas longitudinais de radiotransparência e esclerose. (6)

XIII - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da rubéola se faz, com as principais / doenças exantemáticas das quais se incluem:

- Sarampo
- Escarlatina
- Eritema infeccioso
- Exantema subitum
- Mononucleose
- Enterovirose
- Toxoplasmose
- Meningococcemia
- Rickettsioses
- Eritema tóxico, medicamentoso e solar.
- Miliaria. (1)

XIV - TRATAMENTO

Não existe tratamento específico para rubéola e o tratamento se resume em algumas drogas para combater certos sintomas incomodativos

Assim, os derivados do ácido acetil-salicílico para a cefaléia, dores articulares ou musculares e febre. Não há necessidade de repouso absoluto no leito na ausência de febre ou sintomas gerais intensos. (7)

XV - PROGNÓSTICO

A recuperação completa em seguida à rubéola adquirida após o nascimento é quase invareável. As raras mortes atribuíveis à rubéola / se devem a complicação incomum de meningoencefalite. A infecção na gravidez constitui um risco para o feto, mas não para a mãe. (2)

XVI - PROFILAXIA

Foi sugerido que todas as moças fossem expostas à rubéola antes do período de gravidez. Com a introdução de um meio eficaz para imunização tornou-se essencial assegurar que cada mulher obtenha sua / imunização antes da idade adulta e antes de engravidar. O uso da vacina da rubéola não é inteiramente inócua, tendo sido relatado discretas artralguas e artrites, nem a imunidade que resulta é necessariamente absoluta e permanente. Ela não deve ser usada durante a gravidez porque a viremia pode afetar o conceito.

Também se recomenda que as moças, que até o período pré-nupcial / ainda não foram acometidas pela rubéola, devem ser vacinadas com o vírus vivos atenuados, observando-se que a gravidez deve ser evitada pelo período de quatro meses após a vacinação.

Em muitos lugares, testes sorológicos de rotina para o anticorpo da rubéola são feitos em todas as mulheres grávidas para separar aquelas que não são imunes e, portanto, de alto risco. É ainda mais prudente considerar a inclusão de tais testes como parte do exame /

pré-nupcial de modo que se possam adotar medidas preventivas em tempo útil. (3)

XVII - CONDUTA A SER

ADOTADA QUANDO UMA MULHER GRÁVIDA TEVE CONTATO COM DOENTE DE RUBÉOLA

1 - As mulheres que já ultrapassaram o terceiro mês de gravidez/estão com seus filhos protegidos, uma vez que a fase crítica da organogenêse já ficou para trás, o que, aliada à possibilidade remota de defeitos congênitos apartir do quarto mês permite aconselhar a continuação da gestação sem maiores receios. Nestes casos o uso de gama-globulina na dose de 0,1ml por /Kg. IM, é facultativo,mas, cercará o feto de uma segurança ainda maior.

2 - As mulheres que estão dentro dos três primeiros meses de gestação e tem contato com doente de rubéola deveram estar apar das / possibilidades de defeitos congênitos em seus filhos e que são os seguintes:

a - Nenhuma ou muito excepcional, se a mãe já teve, seguramente, rubéola em seu passado. A rubéola confere imunidade por toda vida e são raríssimos os casos de repetição da doença.

b - Se a mãe não teve rubéola em seu passado, a criança terá possibilidade de adquirir algum defeito congênito. É importante um bom exame clínico ou teste sorológico na pessoa doente que serviu de contato para afirmar com segurança que se trata de rubéola. Neste caso várias soluções devem ser propostas pelo médico cabendo aos pais ou responsáveis a escolha de uma delas:

b.1 - Uso de gama-globulina específica dentro de, no máximo, cinco dias após o contágio, na dose de 0,1 ml /Kg IM; resultados ótimos

b.2 - Uso de gama-globulina comum, cinco dias após o contágio, / na dose de 0,2 - 0,3 ml /Kg IM. resultados duvidosos.

b.3 - Uso de gama-globulina específica após o início do exantema, na dose de 0,2 - 0,3 ml /Kg. resultados muitos duvidosos.

b.4 - Uso de gama-globulina comum após o início do exantema, na dose de 0,3 - 0,4 ml / Kg . resultados nulos ou extremamente duvi-

dosos.

b.5 - Interrupção da gravidez espontânea provocada (abôrt^o terapêutico).

b.6 - Aguardar, sem qualquer intervenção terapêutica, a evolução natural da gravidez e que poderá terminar em:

b.6.1 - A mãe não contrai rubéola, e a criança não sofre risco / de nascer com defeito congênito.

b.6.2 - A mãe contrai rubéola, e nada acontece à criança.

b.6.3 - A mãe contrai rubéola (com ou sem exantema), e a criança nasce com algum defeito congênito.

b.6.4 - A mãe contrai rubéola, e em consequência, ocorre parto / pré-maturo com criança inviável ou um nati-morto. (7)

XVIII - CONCLUSÕES

Todos os autores, por nós consultados, são unânimes em afirmar / que o vírus da rubéola pode produzir uma doença exantemática aguda, limitada e relativamente benigna em adultos e crianças, ou então revestir-se de extrema gravidade quando acomete gestantes, principalmente durante o primeiro trimestre de gravidez, devido os seus efeitos deletéricos sobre o conceito.

O abôrt^o terapêutico deve ser considerado quando a doença ocorre nesta eventualidade, pois é o período onde se processa a embriogênese, e são maiores as possibilidades de mal-formações fetais.

Também seria de boa norma a execução de testes sorológicos como / rotina pré-nupcial, procurando se detectar as mulheres ainda susceptíveis à doença e passíveis de imunização.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALCANTARA, PEDRO DE e MARCONDES EDUARDO - Pediatria Básica
Liv. Sarvier, 5º ed. , 3º vol. ano 1975.
- 2 - BEESON, P. B. - DERMOTT, MC. - Cecil-Loeb- Tratado de Medicina - 13º ed. 1973-
- 3 - GREENHILL, J. P.;, FRIEDMAN, E. A. - Obstetricia - Liv. Interamericana 1976.
- 4 - MILLER, OTTO e COL. - Laboratório Para Clínico - Liv. Atheneu - 3º ed. 1977.
- 5 - OSELKA, GABRIEL - Conhecimentos Fundamentais De Pediatria -
- 6 - REZENDE, JORGE DE - Obstetricia - ed. Guanabara Koogan - 1974 - 3º ed.
- 7 - VERONESI, RICARDO - ed. Guanabara Koogan - 5º ed. 1972.

TCC
UFSC
TO
0078

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0078

Autor: Montroni, Adilson

Título: Rubéola e gravidez..



972800862

Ac. 254221

Ex.1 UFSC BSCCSM